Aus der Psychiatrischen
und Nervenklinik der Universität Rostock
Direktor: Prof. Dr. Rosenfeld.

Zur Kasuistik der postencephalitischen nervösen Syndrome

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde der Universität Rostock

vorgelegt von

Max Scheffler
aus Swinemünde

Rostock
Druck von Carl Hinstorffs Hofbuchdruckerei
1927

Referent: Prof. Dr. Rosenfeld

Die Symptomatologie der postinfektiösen Encephalitis, speziell der Stammganglien, ist bekanntlich durch einen großen Formenreichtum ausgezeichnet. In zahlreichen Einzelbeobachtungen und monographischen Darstellungen von Jacob, Bostroem, Runge und H. Levy hat die Symptomatologie dieser Krankheitsfälle eine so eingehende Darstellung erfahren, daß ihre Erkennung auch dem Unerfahrenen kaum noch Schwierigkeiten zu bereiten vermag.

Als hyperkinetisch-dystonisch und als akinetisch-hypertonisch werden zwei scheinbar gegensätzliche Symptomenreihen bezeichnet, denen eine verschiedene Lokalisation des Erkrankungsprozesses in den verschiedenen Abschnitten der Stammganglien entsprechen wird. Bei den athetotisch-choreatischen Störungen nehmen wir auf Grund unserer gegenwärtigen Kenntnisse Läsionen im Nucleus dentatus, im Bindearm, im roten Kern und in der Verbindung des roten Kerns zum Thalamus an, während bei den akinetisch-hypertonischen Syndromen Läsionen im Striatum, im Pallidum und in den pallidofugalen Bahnen oder in der substantia nigra zu finden sind. Eine Läsion der vegetativen Kerne im Zwischenhirn wird in den Fällen anzunehmen sein, die mit starken vegetativen Störungen einhergehen.

So können wir mit einer gewissen Genugtuung heutzutage sagen, daß eine Reihe von nervösen Syndromen, die man früher noch als rein funktionell hielt und bei denen man noch keine pathologisch-anatomischen Veränderungen glaubte nachweisen zu können, jetzt als organisch bedingte Erkrankungen des Zentralnervensystems erkannt worden sind.

In den Fällen, wo die kurz skizzierten Syndrome voll zur Entwicklung gekommen sind, sei es in Form der Hyperkinese oder der Akinese, der hypertonischen oder hypotonischen Zustände und der sie begleitenden affektiven Störungen vom Typus der Affektlabilität, wie bei der Chorea, und der Affektbindung, wie beim Parkinsonismus, hat die Diagnose, wie oben erwähnt, keine besonderen Schwierigkeiten. Diese ergeben sich erst dann, wenn von den genannten Kardinalsymptomen der Striatumerkrankung nur einzelne vorhanden sind und diese vielleicht in einem so geringen Grade, daß sie leicht übersehen werden und falsch bewertet werden können. Die klinische Erfahrung lehrt z. B., daß Tremor und Rigor fehlen können und nur eine gewisse Bewegungsarmut nachweisbar zu sein braucht. Auch flüchtige Syndrome von mehr hysterischem Charakter, welche sich als psychogen steigerungsfähig erweisen und suggestiv beeinflußbar sind, können sich hinzugesellen und das klinische Bild komplizieren und es erhebt sich die Frage, ob vielleicht auch diese funktionell bedingten Syndrome ihre Entstehung gewissen Störungen in den Stammganglien verdanken. Hagelstam berichtet an der Hand von 90 Fällen von epidemischer Encephalitis im Helsingforser Krankenhaus über die verschiedenen Krankheitsbilder, die im Anschluß an die Encephalitis auftreten können und nach seinen Erfahrungen das Bild einer neurasthenischen Erschöpfung, Apathie und Kopfschmerzen vortäuschen können; zuweilen soll es auch zur Ausbildung myasthenischer und hysterischer Zustandsbilder kommen, die leicht zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können. Calligaris betont auch die Wichtigkeit der Erkennung der leichtesten Formen der chronischen Encephalitis. Er weist besonders auf die leisen fibrillären Zuckungen hin, die in den Augenschließmuskeln oder in der Muskulatur des Daumens angedeutet sein können

und als neurasthenische Erschöpfungszeichen bewertet werden. Auch Brinkmann betont die Schwierigkeiten bei der Begutachtung von Spätzuständen bei der Encephalitis lethargica und weist auf die gering ausgeprägten postencephalitischen Zustände von Parkinsonismus hin. Marinesco beschrieb unter den Symptomen der Encephalitis tonische Blickkrämpfe und Starreanfälle, die emotiv und suggestiv beeinflußbar sein können. Besonderes Interesse haben die vielfach beobachteten Zustände von Blickzwang und Blickkrampf erregt, die auch anfallsweise auftreten können und sich als psychisch beeinflußbar erwiesen haben. Die hier folgenden Beobachtungen aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Gehlsheim können einen Beitrag zu dieser interessanten Gruppe von Fällen liefern, die sozusagen eine Brücke schlagen von den grob organisch bedingten Ausfallserscheinungen bei Striatumbeschädigungen zu den Syndromen, die noch einen durchaus funktionellen Charakter zeigen. K. Goldstein hat auf die gleichartige funktionelle Bedingtheit gewisser Symptome bei organischen und funktionell-psychischen Krankheiten hingewiesen.

Fall I: K., 35 Jahre alt, Lehrer der Physik; keine Geschlechtskrankheiten. Zwei Kinder. K. war im Kriege am Oberschenkel schwer verletzt, ohne darauf mit allgemeinen nervösen Erscheinungen zu reagieren. Er war durch die Verletzung nicht zum Kriegsneurastheniker geworden.

Im November 1924 litt er einige Tage an einer starken Erkältung mit Fieber und Frostgefühl. Er meinte später, es könnte eine Grippe gewesen sein. Einige Wochen darauf verspürte er während des Unterrichts ein allgemeines Schwächegefühl. Es wurde ihm plötzlich „elend". Er meinte, am ganzen Körper zu zittern, verspürte namentlich in der Kaumuskulatur

solche Zitterbewegungen. Es traten Herzklopfen und leichte Schwindelempfindungen auf. K. mußte aus der Schulstube herausgeführt werden. Nach acht Tagen versuchte er den Dienst wieder aufzunehmen, was aber nur teilweise ging, da er beim Sprechen immer noch eigentümliche Zitterbewegungen in der Kiefermuskulatur spürte und sich auch sonst nicht wohl fühlte. Er klagte über Herzklopfen, Kurzatmigkeit beim Reden, eine gewisse Ungeschicktheit beim Schlucken, die es notwendig machte, daß er z. B. beim Schlucken von Wasser besonders vorsichtig sein mußte.

Ganz besonders peinlich empfand er aber das Gefühl von innerlichem „Bibbern", welches in einzelnen Muskelgebieten besonders stark in die Erscheinung trat. K. berichtet darüber selbst folgendermaßen: Ich habe die Empfindung, als wenn mir der Arm und auch der Unterkiefer zittert, obwohl äußerlich eine Zitterbewegung nicht feststellbar ist. Beim Sprechen habe ich das Gefühl des Versagens; manchmal auch das Gefühl, als wenn ich den Kopf auf den Tisch legen müßte, um auszuruhen. Schließlich berichtete K. noch über eine eigentümliche Empfindung in den Bewegern des Kopfes. Oftmals glaubte er die Empfindung zu haben, als wenn er den Kopf zwangsmäßig nach der Seite bewegen müsse, wobei er allerdings feststellte, daß tatsächlich die Bewegung niemals zustande kommt. Auffallend waren schließlich noch plötzlich auftretende Schweißausbrüche und Müdigkeitsgefühl mit Gähnen. Der körperliche und neurologische Befund war ein durchaus normaler. Es fanden sich nur etwas lebhafte Sehnenreflexe. Der Blutdruck war an der oberen Grenze der Norm.

Fall II: Charlotte H., 17 Jahre alt. Der Vater, von Beruf ein Gastwirt, soll Trinker gewesen sein. Die Mutter litt viel an nervösen Kopfschmerzen.

Vor fünf Jahren während der Grippezeit erkrankte

die Patientin mit mäßigem Fieber, Kopfschmerzen und Schlafsucht. Dieser Zustand dauerte ungefähr acht Tage. Im Anschluß daran traten plötzliche Lähmungen des rechten Armes und rechten Beines auf. Im Laufe der Jahre sind die Lähmungen in wechsenlder Stärke verblieben. Die Beschwerden sollen besonders um die Menstruationstage herum etwas stärker hervortreten, sodaß Patientin nur schwer in der rechten Hand etwas halten kann. Außerdem klagt sie über Schmerzen im rechten Oberarm, besonders bei Witterungswechsel. Sie kann zwar jede Bewegung machen, aber der Arm versagt oft, und bei Aufregungen und Anstrengungen, seltener in der Ruhe, treten einige grobschlägige Zitterbewegungen auf. Die Beschwerden sind im Arm stets stärker vorhanden als im Bein. Steifigkeit, Doppelsehen, Speichel- oder Schweißfluß sind nicht vorhanden.

Der körperliche Befund ist ohne Besonderheiten.

Neurologischer Befund: In der Ruhe sind nirgends Tremor oder myoklonische Zuckungen bemerkbar. Bei schnell wechselnden Zielbewegungen macht sich im rechten Arm eine geringe Unsicherheit bemerkbar. Bei Zeige-Bewegungen und speziell bei der Intention zu feineren Bewegungen tritt bald in der rechten Hand ein nicht sehr ausgiebiger, aber sehr grobschlägiger Tremor auf, ungefähr vom Charakter des Intentionstremors.

Beim Schreiben tritt der Tremor ganz besonders stark hervor, beim Finger-Nasen-Versuch geringer. Bei längerem Zeigen auf einen Gegenstand stellt sich der Tremor nach ca. 1—1½ Sekunden ein. Beim Beschreiben eines großen, langsam kleiner werdenden Kreises in der Luft tritt Tremor nicht auf.

Im rechten Bein kein Tremor, auch sonst gegenüber links bei Bewegungen kein Unterschied.

Die Reflexe sind von normaler Stärke, beiderseits gleich. Pathologische Reflexe sind nicht auslösbar.

Nach Gaben von dreimal täglich einer Tablette Tetrophan gibt die Patientin an, daß sie sich im rechten Arm und rechten Bein sicherer fühle. Im objektiven Befund ist keine deutliche Besserung erkennbar, nur die Schrift erscheint um ein Geringes deutlicher und sicherer.

Tastkreis-Grenze am ganzen rechten Unteram und Handrücken = 1,8 cm, links (an den jeweils genau korrespondierenden Stellen geprüft) — 2,1 cm. Nach 0,4 mg Scopolamin kein Babinski, aber Sistieren des Tremors.

Zusammenfassung: Nach Encephalitis epidemica einsetzender Tremor der rechten Hand und des rechten Beines, dabei ein geringes Unsicherheitsgefühl. Allmähliche Besserung. Jetzt nur noch Tremor der Hand bei Ziel- und Zeigebewegungen. Beschränkung der feineren Bewegungen.

Noch geringfügiger sind die Symptome des Parkinsonismus in dem folgenden Falle ausgeprägt.

Fall III: Stellmacher Johann J., 53 Jahre alt. Der Vater starb an der Schwindsucht, die Mutter erlitt einen Schlaganfall, eine Schwester ist an „Nervenfieber" gestorben.

Als Kind war Pat. angeblich immer gesund. Mit 20 Jahren erkrankte er an Rheumatismus und hat deshalb im Heere nicht gedient. 1917 litt Patient 17 Wochen an Ischias. Vor neun Wochen bekam J. eine Grippe. Er hatte acht Tage lang Fieber und diese Erkrankung dauerte drei Wochen.

Seitdem klagt er über Kopf- und Magenschmerzen, auch sei er immer müde. Der Schlaf sei schlecht, sein Gedächtnis habe nachgelassen; was er gestern gewußt hätte, fiele ihm am nächsten Tage nicht wieder ein.

Der organische Befund zeigt keine Besonderheiten.

Neurologischer Befund: In den Beinen leichte Rigidität. Sehnenreflexe lebhaft, keine patholo-

gischen Reflexe auslösbar. Leichter Nystagmus. Keine Adiadochokinese. Die Hirnnerven sind o. B. Der Gang ist nach vorn übergeneigt, etwas bewegungsarm, der Gesichtsausdruck ist starr.

Zusammenfassung: Nach Grippe Auftreten von leichter Hypertonie in der Muskulatur der Beine nebst angedeuteter Akinese. Ein ähnlicher Befund ist bei dem folgenden Patienten zu ermitteln.

Fall IV: Dachdecker Heinrich Kl., 50 Jahre alt. Der Patient war früher niemals krank. Vor 1½ Jahren erkrankte er an Grippe. Er litt dabei unter Kopfschmerzen, Fieber, Doppelsehen, das niemals ganz fortging, zuweilen verschlimmerte sich der Zustand. Der Patient klagte auch über Schmerzen in den Füßen und über bisweilen auftretenden Schwindel. Die Untersuchung der inneren Organe zeigt keinen krankhaften Befund.

Neurologischer Befund: Der Patient geht und steht mit etwas starrem, leicht geneigtem Oberkörper. Er gibt an, daß er dies früher nicht getan habe. Sonst finden sich keinerlei Besonderheiten. Pathologische Reflexe sind nicht auslösbar.

Zusammenfassung: Auch in diesem Falle imponiert lediglich die nach Grippe auftretende leichte starre Körperhaltung nebst den Pendelbewegungen und die mangelhafte Mimik, alle übrigen schweren Symptome fehlen.

Folgender Krankheitsfall dürfte für die Beurteilung eines zunächst leichten Falles von postencephalitischem Parkinsonismus von Wichtigkeit sein.

Fall V: Tischler Walter M., 34 Jahre alt. Der Vater ist gesund, die Mutter starb an Tuberkulose. Eine Schwester ist an Lungenentzündung gestorben. Als Kind hat Patient eine Drüsenoperation am Hals durch-

gemacht. Die Sehkraft des linken Auges ist minimal. Sonst war Patient immer gesund und hat angeblich keine Krankheiten gehabt.

Im Frühjahr 1923 erkrankte der Patient an Grippe, daran anschließend bekam er eine Gehirnhautentzündung. Er lag deshalb im Rostocker Krankenhaus. Er phantasierte viel, war jedoch nicht immer bewußtlos. Dann erkrankte Patient an Rheumatismus. Seit Juni 1923 bemerkte er in der großen Zehe des linken Fußes Zucken, sodaß er deshalb den Fuß nicht stillhalten konnte; auch das Gehen fällt ihm schwer.

Es handelt sich um einen kräftigen, gut genährten Mann. Die inneren Organe sind ohne krankhaften Befund.

Neurologischer Befund: Die Facies ist maskenartig, der linke Facialis ist vielleicht eine Spur schwächer als rechts. Die linke Pupille erscheint weiter als die rechte und die Pupillenreaktion ist beiderseits wenig ausgiebig.

Armreflexe rechts wie links nicht gesteigert. Tonus normal.

Das linke Bein wird in der Hüfte und im Knie etwas gebeugt. Die große Zehe ist dorsal flektiert. P.S.R. links eine Spur stärker als rechts. Ach.S.R. ebenfalls. Babinski: nicht auslösbar. Oppenheim schwer zu prüfen, da die große Zehe fast dauernd dorsal flektiert ist. Im übrigen ist die rohe Kraft im linken Bein intakt. Der Tonus ist im linken Bein erhöht, die Sensibilität intakt. Beim Gehen wird der linke Fuß nach innen flektiert. Zeitweise Gefühl der Propulsion.

Romberg o. B.

Die Armbewegungen sind beim Gehen entschieden eingeschränkt. Es besteht kein Tremor, auch kein Intentionstremor. Der Patient leidet an Nachtschweißen. Keine verstärkte Speichelsekretion. Im Dezember 1923 wurde die Tenotomie des Extensor longus vorge-

genommen. Durch diese Operation wurde eine Stillstellung der großen Zehe erzielt, es tritt dagegen jetzt Neigung zur Dorsalflexion der übrigen Zehen auf. Die Spannung in der Oberschenkelmuskulatur bleibt unverändert.

Am 6. 11. 24 stellt sich der Patient erneut vor. Der Befund ist der gleiche geblieben, nur der Tremor des linken Fußes ist geschwunden, und seit einem Vierteljahr klagt der Patient über Doppelsehen.

Befund am 13. 2. 25: Patient liegt fast völlig akinetisch. Starker Rigor. Reflexe o. B. Adiadochokinese. Speichelfluß. Sensibilität aber intakt. Retropulsion. Starke Verlangsamung aller Bewegungen.

Zusammenfassung: Nach Grippe Auftreten von Tremor des linken Fußes mit Hypertonie in der linken Beinmuskulatur. Später Hinzutreten von Doppelsehen, dann Ausbildung eines ausgesprochen starken Parkinsonismus.

Fall VI: Inspektor Walter J., 25 Jahre alt. Vor vier Jahren plötzliches Auftreten von leichtem Fieber, Kopfweh, Schwindel, Doppelsehen, einer linksseitigen Sehstörung und linksseitiger Facialisparese. J. litt unter „Prickeln" am ganzen Körper, besonders an der linken Seite. Die Sprache wurde undeutlich und Schlafsucht machte sich bemerkbar. Patient litt ferner unter einer ihm ungewohnten „Zappligkeit", die Schrift wurde ausfahrend. Eine Erkrankung der Luftwege ging nicht voraus.

J. ließ sich in der Greifswalder Nervenpoliklinik untersuchen; es wurde eine Encephalitis festgestellt. Der Zustand dauerte vier Wochen.

Es blieben folgende Restsymptome: Größeres Schlafbedürfnis als früher, zeitweise undeutliche Sprache, zeitweise ausfahrende Schrift, gelegentlich leichtes

Zwangslachen, Schwindelanfälle; dabei subjektiv das eigentümliche Gefühl, als ob der Körper um seine Längsachse nach links gedreht wäre. Vielleicht auch leichter Speichelfluß. Sehr häufig unwillkürrliches Gähnen und Räkeln. Seit der Erkrankung Abnahme des Körpergewichtes und der allgemeinen Muskelkraft, trotzdem er dauernd gearbeitet hat. Patient kommt jetzt, weil seit zehn Tagen wieder Doppelsehen auftritt, das nur morgens nach dem Erwachen vorhanden ist. Sobald er sich völlig angekleidet hat, ist es verschwunden. Patient gibt ferner an, daß er das Gefühl habe, als ob das linke Lid schwerer sei als das rechte. Seit einigen Tagen bemerkt er auch Nachschleifen des linken Beines.

Befund: Ganz geringe Herabsetzung der Kraft des linken Beines mit Steigerung des P.S.R. Keine Pyramidenzeichen. Ganz leichte Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten auf der ganzen linken Körperseite. Bauchdecken- und Cremasterreflexe o. B.

Romberg: Konstantes Fallen nach links. Gang: bei geschlossenen Augen konstantes Abweichen aus der Richtung nach links, sowohl bei Vor- wie Rückwärtsgehen.

Bei geschlossenen Augen Vorbeizeigen nach links. Beim Finger-Nasen-Versuch zeigt der Patient nach der linken Gesichtshälfte vorbei. Unterschätzen von Gewichten mit der linken Hand. Leicht verwaschene Sprache. Einmal wurde Spontannystagmus beobachtet. Die Prüfung auf kalorischen und Drehnystagmus zeigt normale Resultate. Die Pupillenreaktion erfolgt prompt.

Zusammenfassung: Es handelt sich also um Folgezustände einer Encephalitis mit vorwiegender Beteiligung des Kleinhirns.

Ganz besonders bietet noch folgender Krankheitsfall einen Einblick in die Fülle der verschiedenartigsten nervösen Syndrome der postencephalitischen Zustände.

Fall VII: Arbeiter Hans R. Vater tot. Mutter lebt. Zwei Geschwister leben und sind gesund. Im Februar 1923 erkrankte der Patient an Grippe, er litt dabei unter heftigen Kopfschmerzen, viel an Speichelfluß, Fieber und starkem Schwitzen. Die Dauer der Erkrankung betrug 14 Tage; danach 14 Tage keine Beschwerden. Dann war Patient immer müde, abgespannt und schlief deshalb sehr viel. Fieber trat nicht wieder auf, jedoch litt Patient unter Doppelsehen, das sich beim Lesen jetzt noch bemerkbar macht.

Im April bis Juni 1923 war Patient wegen Encephalitis in der Medizinischen Klinik in Rostock. Nach der Entlassung verrichtete er zunächst nur leichte Arbeit. Das Gesicht blieb ziemlich ausdruckslos. Bei der Arbeit wurden die Arme schlaff, auch das Genick, vor allem aber die Beine. Auch konnte er nicht mehr so laut sprechen. Der Gang wurde immer langsamer und er mußte sich nach vorne beugen. Außerdem klagte Patient darüber, daß er mit den Augen „plinken" müsse, sie fielen ihm immer zu.

Befund: Mittelgroßer, ziemlich magerer und mittelmäßig genährter Mann.

Innere Organe ohne krankhaften Befund.

Bewegungsarmes, fast maskenartiges Gesicht. Die mimischen Veränderungen finden nur in ausgesprochener Trägheit und langsam statt. In seiner Frequenz stark wechselnder Lidschlag. Auch am übrigen Körper fällt eine ausgeprägte Akinese auf. Die Sprache ist monoton und langsam, wobei auch ein gewisses Decrescendo zu bemerken ist. Spontane Aeußerungen sind etwas selten. Die Akinese geht jedoch nicht soweit, daß auch Gemütsbewegungen aufgehoben werden. Patient geht in steifer Haltung mit vornübergeneigtem Kopf, der ihm völlig bewegungslos während des Gehens auf den Schultern sitzt. Mitbewegungen und Pendelbewegungen dabei stark eingeschränkt, links scheinbar noch

etwas besser als rechts. Die durch Emotion gegebene Mimik, Lachen, überdauert den Affekt um ein bedeutendes und geht nur langsam zurück.

Augen: Linke Lidspalte ein klein wenig enger als die rechte. Die Augenbewegungen geschehen merklich verlangsamt, sind aber bis auf die Convergenz frei, letztere ist nur in sehr geringem Umfange möglich. Beim Blick nach oben bemerkt man beiderseits einige nystagmiformartige vertikale Zuckungen. Pupillen beiderseits gleich, reagieren etwas träge auf Licht.

Kein Intentionstremor. Keine Ataxie. Feinere Zielbewegungen zwar erheblich verlangsamt, doch sicher und frei.

Motilität: Grobe Kraft genügend, beiderseits gleich. Aktive und passive Bewegungen o. B. Der Tonus in den Armen ist eher vermindert als verstärkt, keinerlei Spasmen, kein Rigor. In den Beinen dasselbe. Auch die Halsmuskulatur zeigt keinen verstärkten Tonus. Mechanische Muskelerregbarkeit links normal, rechts ein klein wenig stärker. Idiomuskulärer Wulst: Dauer fünf Sekunden. Kein Tremor.

Reflexe o. B. Keine pathologischen Reflexe auslösbar.

Kein Rigor.

Der Patient zeigt ein psychisches Verhalten, das einer schweren hysterischen Charakterdegeneration ähnelt. Er drängt sich überall auf, hat dauernd Wünsche, ist boshaft, treibt mit den anderen Patienten Schabernack und widerstrebt dem Pflegepersonal. Patient bringt alle möglichen Klagen vor: er habe Schmerzen in der linken Seite und im Magen, er werde von den Wärtern und Mitpatienten geschlagen usw. Dabei kann er wenige Minuten vor oder nach Aeußerung seiner Beschwerden sehr lustig und albern sich benehmen, singen und pfeifen.

Zusammenfassung: Februar 1923 Encephalitis, danach Mattigkeit, leise Sprache, langsamer Gang, Maskengesicht, Hypokinese, kein Rigor, sondern eher Hypotonie, kein Tremor. Charakterveränderung: streitsüchtig, zänkisch, läppisch.

Es handelt sich hier also um einen postencephalitischen Zustand mit Hypotonie und ohne Hyperkinese, mit psychischem Defekt.

Die oben mitgeteilten klinischen Beobachtungen zeigen also, daß nach mehr oder weniger leichten fieberhaften Prozessen nervöse Syndrome auftreten können, die infolge ihrer Geringfügigkeit leicht übersehen werden oder falsch gedeutet werden können. Bei dem 35jährigen Lehrer K. traten nach einer grippeartigen Erkrankung nur leichte Zitterbewegungen, namentlich in den Muskeln des Unterkiefers auf; ferner gewisse Ungeschicklichkeiten beim Schlucken; ein Gefühl, als zittere der Arm und der Unterkiefer; beim Sprechen gelegentlich das Gefühl des Versagens und schließlich die sehr merkwürdige und interessante Empfindung, als müsse er den Kopf zwangsmäßig zur Seite bewegen — eine Störung, die vielleicht als ein Vorstadium der echten Ticbewegung bezeichnet werden kann, die aber tatsächlich in diesem Falle noch nicht sichtbar in die Erscheinung trat.

In den anderen Fällen kam es zu leichten Schwächezuständen oder dem Gefühl der Unsicherheit und geringfügigem Zittern in den Händen, oder zu leichten Bewegungsbehinderungen in den Fingern. In anderen Fällen zu leichten Tonusveränderungen in der Muskulatur der unteren Extremitäten, in wieder anderen zu einer sehr geringfügigen Abnahme der Modulationsfähigkeit der Mimik.

In den hier mitgeteilten Fällen sind die schweren klinischen Syndrome der striären Erkrankung noch

nicht zutage getreten. Der Rigor der Muskulatur, der Tremor in den Extremitäten wurde in einigen Fällen vermißt, ebenso wie die ausgeprägte Bewegungsarmut, die schleppende Sprache, der Speichelfluß und die Ausdruckslosigkeit des Gesichtes.

Solche Fälle lehren also, daß als Folge von akuten Infektionen von unbestimmtem Charakter und unbestimmter Aetiologie leichte nervöse Syndrome zurückbleiben können, welche dadurch, daß sie in Gemeinschaft mit einzelnen striär bedingten Syndromen auftreten, ihren cerebralen Ursprung erkennen lassen, die aber andererseits wieder eine weitgehende Aehnlichkeit haben können mit Symptomen, die wir auch sonst bei neurasthenischen und psychogen resp. hysterisch bedingten Zuständen finden. Es liegt nahe, auch für diese zuletzt genannten Syndrome Beschädigungen im Bereich der Stammganglien anzunehmen. Es könnte sich um Abortivformen der postinfektiösen encephalitischen Syndrome handeln, welche nur bei leichtester Beschädigung im Bereiche der Stammganglien in die Erscheinung treten, bei schweren Schädigungen in den massiven striären Syndromen untergehen. Wir werden mit Rücksicht auf solche Beobachtungen vielleicht auch unsere Anschauungen über die Entstehungsursache mancher Formen von Tic und monosymptomatischer Hysterie revidieren können insofern, als in manchen Fällen mehr ihre organische hirnphysiologische Bedingtheit viel wahrscheinlicher erscheint als ihre psychogene Entstehung, welcher man bekanntlich mit psychoanalytischen Methoden näher zu kommen sucht. Die Prognose der oben aufgeführten Fälle hat sich bisher günstig gestaltet. Nur im Falle des Tischlers M. schlossen sich später doch schwerere Zustände von Parkinsonismus an das leichte Initialstadium an. In den anderen Fällen geschah dies nicht, ja es kam sogar zu einem vollständigen Schwinden der initialen nervösen Syndrome,

wie im Falle I, sodaß von einer Heilung gesprochen werden konnte. Die Frage, ob solche Fälle aber nicht doch noch ungüstig sich wenden und Neigung zu Progressivität zeigen, ist aber noch nicht entscheidend zu beantworten, da die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. Man könnte sich aber wohl vorstellen, daß diese Formen leichtester Beschädigung des nervösen Gewebes im Bereiche des Striatums doch noch vollständig rückbildungsfähig sind.

Literatur.

Bostroem: Der amyostatische Symptomenkomplex.

Brinkmann: Encephalitis lethargica und Folgezustände. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 30, S. 172.

Calligaris: La neurasténia postencéphalitica. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 36, S. 299.

Ewald: „Schauanfälle" als postencephalitische Störung. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 57, 1925.

Goldstein, K.: Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 41, S. 548.

Hagelstam: Postencephalitische Neurosen. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 33, S. 139.

Haskovec: Subcorcicaler Psychismus. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 41, S. 785.

Jacob: Die extrapyramidalen Erkrankungen.

Kolle, K.: Halsmuskelkrämpfe als Striatumsyndrom. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 41, S. 813.

Marinesco: Encephalitis mit tonischen Blickkrämpfen und Starreanfällen. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44, S. 332.

Popor, N. u. Ammorrow, M.: Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44, S. 333.

Stertz, G.: Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42, S. 395.

Fischer, M.: Blickkrämpfe. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 44, H. 9/10, S. 584.

Lebenslauf.

Ich, Max Theodor Scheffler, wurde am 9. Februar 1901 als jüngster Sohn des Sanitätsrates Dr. med. Max Scheffler und seiner Ehefrau Elsa, geb. Streffer, in Berlin-Schöneberg geboren. Im Jahre 1906 siedelten meine Eltern nach Swinemünde über, wo ich vom Jahre 1907/20 das dortige Realgymnasium besuchte und am 11. März 1920 das Abiturium bestand. Von Ostern 1920 bis Ostern 1923 studierte ich an der Universität zu Rostock Medizin, im Sommer-Semester 1923 studierte ich in München und kehrte dann zur Rostocker Universität zurück. Am 26. Juni 1925 bestand ich in Rostock das medizinische Staatsexamen. Vom August bis 31. Dezember 1925 war ich als Medizinal-Praktikant an der Rostocker Medizinischen Poliklinik tätig und vom 1. Januar 1926 bis 31. April 1926 an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Ziegelstraße in Berlin. In der Zeit vom 1. Mai bis 15. August 1926 wurde ich als Abschluß meines praktischen Jahres am städt. Krankenhause für Geburtshilfe in Charlottenburg als Medizinal-Praktikant beschäftigt und erhielt unter dem Datum vom 15. August 1926 die Approbation.